

Année 1897

THÈSE

N^o

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juillet 1897, à 1 heure

PAR

Charles RÉMIGNARD

Né à Plémet (Côtes-du-Nord), le 16 août 1868

DES RÉCIDIVES

ET DES

RECHUTES DE LA ROUGEOLE

Président : M. LABOULBÈNE

Juges : MM. { CHANTEMESSE
ACHARD
WURTZ

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des Boulangers - 29

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

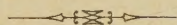
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} juillet 1897, à 1 heure

PAR

Charles RÉMIGNARD

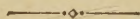
Né à Plémet (Côtes-du-Nord), le 16 août 1868



DES RÉCIDIVES

ET DES

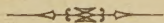
RECHUTES DE LA ROUGEOLE



Président : M. LABOULBÈNE

Juges : MM. { CHANTEMESSE
ACHARD
WURTZ

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des *Boulangers* - 29

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		N.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
	}	DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

M. N..

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICARD	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

426

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES & SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

M. le Docteur ESTOR

Professeur agrégé de la Faculté de Montpellier

hommage et reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LABOULBÈNE

Professeur de la Faculté de Médecine

Médecin honoraire des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, il nous a semblé que la question des récidives et des rechutes de la rougeole méritait une étude d'ensemble ; les récentes discussions sur ce sujet qui ont été soulevées à la société médicale des hôpitaux ; des cas de cette nature que nous avons eu l'occasion d'observer nous-même, nous ont engagé à choisir cette question pour notre thèse inaugurale.

Nous ne nous sommes pas contenté d'analyser les cas déjà signalés ; nous avons essayé, raisonnant par analogie, de présenter un travail un peu original ; on verra que nous avons été amené à discuter les opinions émises antérieurement.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer cette étude, de remercier M. le professeur Laboulbène pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ÉTUDE HISTORIQUE DE LA QUESTION

Dès longtemps, la rougeole a été considérée comme une maladie contagieuse, mais elle est d'abord confondue avec les autres fièvres éruptives.

Rhazès au IX^e siècle et Constantin l'Africain au XI^e semblent en avoir soupçonné l'existence distincte; il faut arriver au XVIII^e siècle pour trouver dans Huxham et Morton une description quelque peu nette; mais c'est véritablement au génie de Sydenham qu'on doit le premier travail approfondi sur cette question; à l'occasion des épidémies de 1760 à 1764, il montra bien les caractères spéciaux de cette entité et la distingua définitivement des autres pyrexies.

De bonnes descriptions furent données par la brillante école française du commencement de ce siècle, mais la simple énumération des auteurs qui ont attaché leur nom à cette maladie nous entraînerait trop loin et sortirait de notre sujet.

Mais à mesure qu'on se faisait une idée plus exacte des caractères distinctifs de la rougeole, sa

transmissibilité comparable à celle des fièvres éruptives frappa les esprits, et l'expérience ayant appris dès 1721, que la variole inoculée expérimentalement était généralement bénigne, on essaya de soustraire les enfants aux risques d'une rougeole grave en la leur inoculant expérimentalement.

Des tentatives de cet ordre eurent au moins pour résultat de démontrer la possibilité de la transmission de la rougeole par inoculation.

F. Home en 1758 inocule du sang de rougeoleux pris au niveau de plaques arrivées au sixième jour ; il arriva à produire les prodromes de l'exanthème. Speraniza en 1822, arrive à des résultats analogues. Katona en 1842, cherchant à pratiquer des inoculations immunisantes sur une très grande échelle, trouve 1.100 sujets ; et sur ceux-ci tous contractent la rougeole, sauf une proportion de 7/100. Tous les cas observés sont d'ailleurs bénins. On objecte à cela, il est vrai, que ces expériences furent faites au milieu d'un foyer épidémique ; mais il nous semblerait puérile de soutenir que la contagion ordinaire a frappé tous les sujets de Katona, et que ses inoculations n'ont eu aucun effet.

Les tentatives d'inoculation aux animaux n'ont pas réussi jusqu'à présent ; mais il est bon d'ajouter cependant que la rougeole n'est pas une maladie spéciale à l'homme : il nous a été donné de voir dans le service de la rougeole de l'hôpital Trousseau, un singe placé à dessein par le docteur Josias dans ce

centre de contagion et qui contracta une rougeole absolument typique (Juin 1897).

Les recherches bactériologiques sur cette question n'ont pas encore donné de résultat certain, quoique l'on puisse dire dès à présent que le microbe de la rougeole sera trouvé. Plusieurs auteurs ont cru déjà l'avoir découvert, mais la preuve positive de sa spécificité manque encore; nous voulons dire par là que les microorganismes considérés comme pathogènes, n'ont pas encore reproduit l'affection après inoculation chez les animaux. Ces résultats négatifs ne prouvent pas que les agents isolés et cultivés ne sont pas pathogènes, car il se peut que les animaux auxquels on s'est adressés (lapin, cobaye), jouissent de l'immunité vis-à-vis de la rougeole.

Il se peut que des essais sur d'autres représentants de la série animale donnent de meilleurs résultats.

Les premières recherches dans cet ordre d'idée sont dues à Coze et Felz qui, en 1871, trouvèrent dans le sang de rougeoleux pendant toute la durée des manifestations cliniques de la maladie et pendant cette période seulement, des bactéries fines et mobiles.

Babès est arrivé à des conclusions analogues.

P. Camon et W Piclicke ont mis en évidence, grâce au bleu de méthylène, « un bacille uniformément teinté ou seulement coloré à ses extrémités,

de façon qu'il simule un diplocoque dont la partie centrale serait colorée seulement sur les bords » (Barbier).

Cet auteur soumettant les résultats précédents au contrôle de son expérience personnelle s'exprime de la façon suivante : « J'ai obtenu dans tous les cas de rougeole vraie, un bacille dont la première culture très peu abondante est à peine visible mais qui se cultive bien ensuite sur les différents milieux. Ce bacille ressemble par certains caractères au bacille de la diphtérie dont il se sépare par d'autres. Il se rapproche de celui de Pielike et Camon en ce qu'il est irrégulier et souvent dans ses formes allongées, recourbé en virgule... Ce bacille se retrouve aussi dans les sécrétions nasales et pharyngées ; mais je n'ai pas pu l'isoler par des cultures en raison du grand nombre des microbes associés ». Nous ne dirons rien de ces microbes associés sur lesquels Barbier a tout récemment publié un important travail ; ils n'ont en effet pour le cas qui nous occupe aucun intérêt, n'intervenant dans l'expression symptomatique de la rougeole que dans les complications.

Retenons seulement ce fait intéressant que différents bactériologues dignes de créance ont par des méthodes différentes trouvé dans le sang des rougeoleux soumis à leurs investigations des espèces microbiennes spéciales et ayant bien des caractères communs. La matière colorante d'élection

qui fixera définitivement les caractères objectifs du microbe de la rougeole n'a sans doute pas encore été employé.

Au point de vue clinique, les Allemands ont récemment distingué certains états morbides voisins — symptomatologiquement — qui avaient été confondus jusqu'alors avec les formes atténuées de la rougeole. Les travaux de Hutinel, de Delastre, de Comby, de Didier, d'Arnozan, etc., en France, ont fait admettre cette distinction qui répond à la réalité des faits et dans les récents traités, on peut lire des articles de Netter, de Barbier, consacrés à la *rubéole*. Nous verrons combien cette distinction est importante, car il est probable que bien des cas de prétendues récidives de rougeole n'étaient autre chose que des rubéoles; or c'est précisément là un des caractères distinctifs fondamentaux entre les deux affections : l'une ne confère pas l'immunité par rapport à l'autre.

La connaissance des récidives et des rechutes de la rougeole, est d'ailleurs de date récente; l'excellente mesure qui consiste à isoler les malades atteints de maladies contagieuses, a eu un résultat inattendu au point de vue scientifique : les médecins chargés de ces services d'isolement ont sans cesse sous les yeux un grand nombre de sujets et les moindres signes, les plus légères nuances cliniques leur deviennent perceptibles par comparaison. Un personnel vivant constamment en contact avec des

rougeoleux, par exemple, pourra également être d'un grand secours pour le médecin, en lui signalant certaines particularités survenues en son absence.

Quoiqu'il en soit, la question encore que discutée est actuellement nettement posée du moins, et Meissner nous a montré la possibilité d'un exanthème rougeoleux disparaissant puis donnant lieu à une poussée régulière.

Rufz, Seidl et d'autres ont observé des éruptions morbillieuses typiques, survenant de deux à quatre semaines après la terminaison d'une rougeole normale.

D'autre part, de véritables récidives surviennent parfois chez l'adulte, atteint déjà dans son enfance de rougeole; les cas de Tropanowsky, de Barbier, de Grasset, de Streng, en fournissent la preuve évidente.

Sans préjuger pour l'instant de la question du *rash* rougeoleux qui, on le conçoit, pourrait donner à l'éruption un aspect anormal, nous pouvons dire qu'il y a lieu de distinguer cliniquement, d'une part les cas où une première éruption, est suivie dans un espace court ne dépassant généralement pas un mois d'une autre éruption analogue à la première, et d'autre part ceux au contraire où la deuxième atteinte survient fort longtemps après la première; aux premiers, on donnera le nom de rechutes; aux deuxièmes, celui de récidives.

Dans une récente discussion de la Société

médicale des hôpitaux, cette question a été reprise, à l'occasion de onze cas publiés par MM. Chauffard et Lemoine. A cette occasion, M. Beclère a formulé quelques réserves sur certains prétendus cas de récidives ou de rechutes, résultant d'erreurs de diagnostic et M. Comby s'est fait entendre dans le même sens. Malgré cela, les faits présentés par les auteurs sont indiscutables; M. Bucquoy a rappelé à cet effet des cas analogues survenus dans sa clientèle.

Nous verrons plus tard que si au point de vue absolu, nous ne nous permettrions pas de discuter le diagnostic des auteurs précités, nous ne serons pas toujours d'accord avec eux quant à l'interprétation qu'il en faut donner. Certains cas catégorisés *récidives* devraient selon nous être appelés rechutes; qu'il nous suffise pour l'instant d'avoir posé dans ses grandes lignes, cette intéressante question.

ANALYSES

Morton disait au XVII^e siècle : « Nunquam in tota mea praxi novi quemquam prater « unum puerum secunda vice hoe morbo corruptum ».

Si l'on s'en rapporte aux auteurs du commencement du siècle, on trouve que leur pratique ne leur montrait pas souvent des cas de récidives de rougeole. Mais à mesure que ces faits se sont trouvés publiés, l'attention attirée sur eux fit que l'on recherchait et que l'on remarquait un nombre plus considérable de ces observations. Willan-Freise n'en connaissait pas non plus que Panum, Guttcei. Rosen dit que dans le cours de sa pratique médicale pendant quarante ans, il n'en a pas remarqué un seul cas ; et Baron répète absolument le même avis. Genovesi signale quelques cas, mais il note surtout celui d'une rougeole apparaissant pour la troisième fois chez le même individu. Cette constatation est faite aussi par De Huen, par Borsieri. Baillie, Dubosq de la Roberdière donnent encore la relation de récidives simples de rougeole. Après eux, nous trouvons les

notes de Cazenave, de Royer, Guersant, Lombard, Behr qui ont trait à des cas isolés publiés dans les revues médicales comme des curiosités. L'observation du docteur Morr a trait à une rougeole qui au bout de six semaines se manifestait une seconde fois. Ce même laps de temps séparait les deux atteintes morbilleuses du malade de Guersant et Blache mais ici une varioloïde venait les séparer.

Rosenstein signale au cours d'une rougeole l'existence d'un ganglion tuméfié qui reste tel jusqu'à l'apparition d'une seconde rougeole. Aufz, donne encore plusieurs observations et fait remarquer que parmi celles-ci il en est où les deux rougeoles furent séparées par deux ou trois semaines et tandis que la première était fruste et surtout manifestée par un catarrhe, la seconde présentait un exanthème très abondant.

Dans l'article de Thomas (de Fribourg), cet auteur s'attache à rassembler un grand nombre de ces observations dues à von Düben, à Malmsten, Lippe, Seide, Stilling, Wendt, Steiner, Wenderlich, Stiebel, Kassowitz, Spiess. Ces récidives sont les unes à longue distance de la première rougeole, les autres plus rapprochées, et ces auteurs en font des rechutes.

Valleix admet la rechute, il signale un malade ayant eu 4 rechutes. Van Dieren l'a vue deux fois en deux mois sur une fillette de 3 ans. Grisolle n'a pas constaté lui-même de récidives, cependant il ne les

croit pas impossibles. D'après Sanné, il existe des cas répondant à la récurrence de la rougeole, il les signale, mais lui-même n'en a pas d'exemple dans sa pratique.

Gassot, à Chevilly, a vu au cours de sa pratique, la rougeole récidiver en proportions différentes suivant les âges. Sur 240 cas de rougeole observés chez des enfants de 2 à 10 ans, sont survenues 7 récurrences. Entre 10 et 20 ans, il a observé 60 malades dont 5 récurrences. Parmi les adultes dont le nombre est réduit, 9 cas dont 7 chez des individus déjà atteints dans leur jeunesse, un vieillard se trouve aussi dans les mêmes conditions.

Hennig donne une relation intéressante, un homme de 25 ans a une récurrence de rougeole. Une femme de 39 ans présente la rougeole, elle l'a eue précédemment, observée par le même médecin à 19 ans, et auparavant à 13 ans; elle a un fils qui au moment des deux dernières rougeoles de sa mère, fut deux fois contagionné peu de jours après elle.

Prunac observant à Mèze et à Gigeau, remarque lui-même des séries de récurrences survenant à un intervalle de un mois ou deux, lors d'une même épidémie; la seconde atteinte est aussi sérieuse que la première et se présente avec des symptômes absolument identiques.

Ed. Henoch dans ses leçons cliniques ne met pas en doute les récurrences dont il donne lui-même un exemple; il s'agit d'un enfant de 2 ans en traitement

à l'hôpital pour des condylomes, il est traité par des frictions d'onguent gris et se trouve guéri au bout de 13 jours; *mais le 29 juin*, il présente après une ascension thermique de 4 jours, une éruption de rougeole qui évolue normalement; il présente du catarrhe nasal et oculaire, de l'angine, un peu de diarrhée, puis une défervescence régulière. Après retour à la santé, il fait, *le 11 Juillet*, une nouvelle poussée fébrile (39° 6), qui augmente les jours suivants jusqu'à 40° du troisième au quatrième jour, l'éruption morbillieuse apparaît de nouveau ainsi que du catarrhe bronchique, puis broncho-pneumonie grave du poumon droit. La défervescence survint 9 jours après les premiers symptômes fébriles.

Bohn signale des rechutes de rougeole c'est-à-dire des cas où l'intervalle séparant les deux éruptions n'est que de 2 à 4 semaines.

Plusieurs cas de rougeole récidivant à 1 mois de distance sont signalés par Dumas de Montpellier, par Ager sous le nom de rougeole récurrente. Un cas de Byrne répond encore à une récurrence 1 mois et 3 jours après la première atteinte. Nous trouvons de nouveau une rougeole multiple à trois éruptions successives dans le travail de Finlayson. Les cas de W. B. Cheadle semblent être des récurrences, bien que leur auteur pense à des formes graves de roséole.

Le cas de Stewart est une rougeole récidivant

après 33 jours. Dans les mêmes conditions Kamm signale de nouvelles observations.

Lippe qui a observé 3 épidémies de rougeole, a rencontré 15 rechutes plus graves que les premières atteintes quand celles-ci étaient légères. Leid montre la gravité de ces rechutes qui, dans 2 cas sur 3, amenèrent la mort.

Bruckmann a vu une rougeole régulière récidivant après 5 semaines entre les deux éruptions; une coqueluche apparut et guérit.

Dans le travail de Charles Leuzet nous trouvons quatre observations ; leur auteur pense malgré leur apparence probante qu'il y a eu erreur une fois; cela parce que *à priori* il n'admet pas la récurrence. Voici en quelques mots ces observations :

OBSERVATION I

B... Marie, âgée de 8 ans, entrée le 8 mai 1888 à l'hôpital des Enfants-Malades. N'a pris aucun médicament avant son entrée. Le personnel est en rapport constant avec le service de la rougeole. Le 4 juin, l'enfant présente une éruption morbilliforme, très intense à la face, très discrète au tronc et un peu plus dense aux membres inférieurs. Un peu de coryza et de conjonctivite. Pas de diarrhée. Quelques frottements au sommet droit. Depuis deux jours seulement, on a remarqué un peu de coryza et de rougeurs des paupières.

Le 5, l'éruption a pâli à la face et au tronc, s'efface de plus en plus.

Le 7, éruption scarlatiniforme au tronc, fièvre 39°. L'éruption disparaît rapidement.

Le 13, fièvre nouvelle, angine érythémateuse sans fausses membranes. Pas de râles. Légère tuméfaction des ganglions cervicaux. Température jusqu'à 40°.

Le 18, éruption morbillieuse à la face, au tronc, aux membres. Très confluyente à la face, d'un rouge vif. Conjonctivite intense. Coryza. Vomissements.

Le 19, éruption de plus en plus confluyente, gonflement de paupières.

Le 20, l'éruption pâlit, puis disparaît laissant quelques taches pigmentées. Fièvre nouvelle attribuée à une otite moyenne qui suppure, restent des ganglions tuméfiés (l'enfant est scrofuleuse).

OBSERVATION II

V... Georgette, 7 ans. Entrée le 16 juin, s'est trouvée en contact avec des rougeoles. Malaises depuis deux ou trois jours. Eruption morbillieuse à l'entrée peu intense mais avec conjonctivite et coryza. Disparition rapide de la fièvre et de l'éruption. La malade sort le 28 juin.

Le 5 juillet elle revient avec une rougeole plus intense avec coryza. Larmoiement. Bronchite. Fièvre vive. Complications qui retardent la guérison jusqu'au 25 août.

OBSERVATION III

Br... Adèle, 2 ans. Entrée le 11 juillet 1887. Malade depuis deux jours. Eruption morbillieuse avec fièvre modérée. Un peu de toux.

Le 10 août, toux éructante. Râles fins dans la poitrine.

Le 12 août, éruption morbillieuse. L'enfant meurt suffoquée le 16 août (Ollivier).

OBSERVATION IV (Guinon).

Caresse Marthe, 3 ans. 4 avril 1888, entrée avec éruption morbillieuse accompagnée de miliaire, puis desquamation.

Le 18 avril, rougeole intense et confluyente. Mort.

Ici, la desquamation avait l'aspect de celle de la scarlatine.

Bohn et Henoch ont observé plus de récidives que de rechutes.

Sénator publie 5 cas :

Une fillette de 10 ans. 22 jours après le début de la première rougeole est prise de prodromes nouveaux. Au bout de 4 jours, éruption plus grave que la première.

Un garçon de 8 ans et un autre de 4 ans, 9 semaines après une première rougeole contractent une seconde de même intensité.

Une fille de 13 ans met 4 semaines entre la première et la deuxième rougeole, et sa mère qui disait l'avoir eue à 10 ans avant, la contracte à nouveau.

Ces 5 dernières personnes appartenaient à la même famille.

Trojanowsky a observé les récidives dans la rougeole, dans une proportion de 7 o/o.

Strug cite une fille de 6 ans qui fait une rougeole bénigne, et 10 jours après une rougeole plus intense durant 4 jours.

Citons encore les cas observés par Giovanardi, Moretti, par Simon (de Nancy), par Hudson de la Nouvelle Zélande.

Le docteur Eonnet d'Auray a suivi d'une façon très complète une grande quantité de rougeoles dans les localités où il exerçait. 1500 malades environ furent atteints de rougeole, dont 300 furent observés d'une façon très complète —

122 cas de récidives sont notés par ce praticien — 45 garçons de 7 à 12 ans — 52 filles de même âge ont des récidives à 4 ans de distance — 25 enfants ont une récidive à 13 ans de distance.

Dans un cas relatif à un terrassier de 25 ans, le docteur Eonnet a vu une première rougeole à 15 mois, une seconde à 10 ans compliquée de bronchite, une troisième à 25 ans, très confluyente avec dyspnée et fièvre intense, attaquant 40°, 2.

Des rechutes en moindre quantité sont notées dans ce travail important, un malade a une première éruption le 11 mai, sort le 22, le 1^{er} juin présente les premiers symptômes d'une rougeole normale — un autre est atteint le 17 mai, 8 jours après est guéri et contracte à nouveau la rougeole le 5 juin. Un malade a déjà été contagionné en juin 1893 — le 22 juin 1895, présente une nouvelle éruption, puis le 16 août.

Un autre est atteint une première fois, le 18 août, et meurt d'une seconde atteinte le 8 septembre.

Dans le rapport de Sevestre, un certain nombre de récidives et de rechutes sont signalées. — Une fillette a une première éruption le 18 avril 1895, de nouveaux prodromes le 7 mai, et une éruption nouvelle le 10.

Un garçon de 9 ans a deux rougeoles, l'une le 25 février, l'autre le 5 mars.

Un autre âgé de 4 ans, est atteint successivement le 11 mars et le 17 mars.

Un autre enfin, présente une éruption le 12 mars. — Le 19 il est atteint avec une grande violence.

Cependant nous n'en voyons pas signaler un seul cas aux enfants assistés de 1885 à 1889, non plus qu'à Trousseau de 1890 à 1894.

Chauffard et Lemoine, publient une série assez étendue d'observations ; les unes ont trait à des éruptions se faisant en deux temps par suite d'une retrocession momentanée, d'autres ont de vraies rechutes, d'autres des récidives.

Date de la 1 ^{re} éruption	Prodromes de la seconde atteinte	2 ^{me} éruption	Observations
le 6 avril 1865	3 mai enanthème	6 mai	jeunes soldats
10 » »	1 ^{er} »	2 »	»
20 » »	2 »	4 »	»
21 » »	15 »	16 »	la 2 ^e bien plus grave
1 ^{er} mai »	13 »	14 »	»

Date de la première éruption	Prodromes de la seconde atteinte	Observations
		Enfants
5 mai	5 juin	11 ans 11/2
5 »	19 mai	8 ans, plus confluyente
14 »	25 juin	10 ans 11/2, moins forte
15 »	2 »	9 ans
15 »	15 »	5 ans, moins forte
28 »	18 »	2 ans, moins de catarrhe mais plus de fièvre.

Nous pourrions citer encore les chiffres d'un travail en préparation, mais nous ne voulons pas nous en approprier la moindre partie ; nous nous contenterons d'après les documents que nous avons eus en main, de dire que les cas de récidives sont en nombre infime, si l'on ne tient compte que de ceux que l'on a observés *de-visu*. Au contraire en admettant les récits des parents, on en compterait beaucoup plus que de rechutes. Les faits qui sont en plus grand nombre, sont ceux de rougeoles, évoluant en deux temps, une première éruption, puis décroissance des taches pendant un ou deux jours, et l'apparition de l'érythème morbillieux.

On nous comunique d'autre part les observations suivantes :

OBSERVATION I

Madame X, femme d'un médecin à proximité de Paris, a déjà, dit-elle, eu deux fois la rougeole, dont une fois au cours d'une épidémie, et cela dans son enfance.

Au mois d'août 1884, le docteur X constate chez sa femme après plusieurs jours de malaise et larmoiements une éruption intense de rougeole avec catarrhe-bronchique ; les deux enfants de la maison contractent la même maladie, mais moins intense.

Cette rougeole évolue normalement. — Quatre mois après, en décembre, il règne dans la ville, une épidémie de rougeole très étendue, le docteur X en soigne de nombreux cas. A ce moment madame X est prise de fièvre intense avec rougeur et tuméfaction de la face, larmoiement, coryza, eryngo-bronchite ; puis l'éruption se manifeste d'une intensité exceptionnelle, la guérison survint cependant. Dans ce cas il faut remarquer la première fois l'existence d'une épidémie familiale, la seconde fois l'apport du contagion par le médecin, fait qui n'est pas d'observation très fréquente dans des circonstances aussi précises.

OBSERVATION II

En mars 1894, Jeanne R... âgée d'un an, est prise de rougeole assez intense, avec fièvre vive, symptômes assez graves, la guérison eut lieu.

En juillet 1894, la sœur de Jeanne R. contracte la rougeole à l'école ; au bout de 15 jours, pendant la convalescence de la fillette, sa jeune sœur eut une récurrence de rougeole à symptômes beaucoup plus graves, cependant la guérison ne se fit pas attendre.

En avril 1897, cette enfant âgée de près de quatre ans

a du malaise, de la fièvre, du larmolement, du coryza, de la coryngo-bronchite (du 23 au 27 avril).

Le 27 avril, elle était couverte d'une éruption de rougeole aussi intense que celle de juillet 1894. Cette éruption dura 5 à 6 jours, elle présenta de la toux et de la bronchite pendant une semaine.

OBSERVATION III

Pierre M..., jeune soldat d'artillerie, est atteint en mars 1897, d'une rougeole contractée au voisinage d'un autre soldat entré à l'hôpital 15 jours avant. Il a une éruption très confluyente qui dure 2 jours et qui disparaît — il y a eu catarrhe-bronchique, rejet de crachats épais et arrondis — guérison rapide.

En mai 1897, M... est ordonnance ; les enfants de la maison ont la rougeole, M... contracte une seconde rougeole un peu moins intense que la première, mais très confluyente sur la face.

DISCUSSION AU SUJET DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Nous avons multiplié avec intention la relation des faits de récidives et de rechutes, signalant même ceux qui sont indiqués sommairement dans les auteurs; c'est avec l'intention de montrer d'abord que la question dont nous nous occupons n'a pas l'intérêt fort secondaire d'ailleurs qui s'attache à toute curiosité pathologique. Ces cas, nous en sommes persuadé, sont fréquents; leur rareté n'est qu'apparente. Pour avoir la proportion exacte des faits, il faudrait faire une enquête probablement difficile auprès des médecins qui par leur situation voient beaucoup de rougeole; il faudrait interroger les médecins militaires qui ont tous les ans l'occasion d'observer la rougeole parmi les recrues; il faudrait consulter les statistiques des hôpitaux qui trop souvent sont perdues pour la science, mais que l'administration des hôpitaux cherche à rétablir de la façon la plus exacte qu'il lui est possible.

Le médecin peut donc chaque jour avoir à se

poser la question de savoir s'il est en présence d'une récurrence de rougeole ou d'une éruption autre, simulant cette maladie. De son diagnostic dépendra sa détermination. Si c'est une rougeole véritable il faut isoler le malade pour chercher à limiter la contagion et mettre en observation ceux qui l'ont approché. S'il existe des doutes il vaut mieux isoler encore que de mettre ce malade avec les rougeoleux ; alors on pourra observer une seconde rougeole, celle-là expérimentale, pourrait-on dire.

C'est l'argument que la plupart des médecins opposent aux observations de rougeole récidivée. C'est ce que dit Leuzet qui semble nier l'existence de cette éventualité. Il est facile d'autre part de mettre en doute les détails donnés par des parents sur la première maladie de leurs enfants. Le médecin lui-même ne peut à moins de parti-pris énergique s'attacher, surtout lorsqu'il voit une cinquantaine de malades par jour, à noter tous les détails d'une rougeole. Les observations les mieux prises n'ont pas été faites en prévision d'une récurrence et il est facile à l'argumentateur de les trouver incomplètes sur certains points auxquels, lui, il attache une grande importance.

Nous n'avons qu'à nous reporter à la discussion qu'a provoquée à la Société médicale des hôpitaux en 1896, la communication des cas de MM. Chauffard et Lemoine que nous avons ailleurs résumés.

M. Comby dit que sur 100 diagnostics de rougeole, il a relevé 5 erreurs et sur 700 qu'il a observés, 35 à 40 enfants avaient été à tort placés au milieu des rougeoleux, cela à leur grand dommage. Pour lui tout malade atteint de rougeole présente une stomatite érythémato-pultacée, caractérisée par du gonflement des gencives, avec rougeur, enduit pultacé de la muqueuse. Ce signe est contesté par d'autres observateurs; il est inconstant et d'après Legendre s'observe dans d'autres stomatites. Beclère reste sceptique sur les cas que l'on public à ce sujet, il n'admet pas qu'il s'agisse de récidives. Bucquoy pense qu'il y a là une éruption en deux temps, non une réinfection.

L'encombrement qui serait d'après certains médecins une cause de réinfection est cependant réalisée à Aubervilliers ou Siredey n'en a pas un seul cas. Nous avons pu nous assurer que depuis deux années dans le service de la rougeole à l'hôpital Trousseau, il n'y avait pas eu un seul cas non seulement de réinfection mais de contagion dans le personnel de ce service. Il y a peut-être là une préservation due à une accoutumance au virus, une immunité acquise au contact répété des rougeoleux.

La partie la plus intéressante de la discussion est certainement celle où l'on s'attacherait à déterminer d'une façon précise les signes qui permettent de distinguer la rougeole des diverses éruptions qui peuvent la simuler.

Trois grands groupes d'éruptions sont à considérer ; la rubéole épidémique ; les roséoles syphilitiques, médicamenteuses et toxiques ; les rash qui précèdent des éruptions bien définies dans la variole, la scarlatine ou qui accompagnent le début de certaines infections ; la fièvre typhoïde, le typhus. Nous ajouterons que nous croyons qu'il existe de même un rash précédant la rougeole.

DIAGNOSTIC

La Rubéole. — Nous ne ferons pas l'histoire de cette maladie éruptive qui est décrite par les Allemands et en particulier par Thomas (de Fribourg), sous le nom de Rotheln, connue en France sous le nom de rubéole ou roséole fébrile épidémique. Sa nature, son origine, ses symptômes mêmes donnent lieu encore à bien des controverses ; il semblerait qu'il y a là plusieurs maladies ou qu'il existe plusieurs variétés d'éruptions.

C'est une maladie qui est comme la rougeole sporadique ou épidémique, contagieuse. D'après Thomas, l'éruption ressemble à celle de la rougeole. La fièvre est modérée, ne dépassant pas 39°. Le catarrhe oculo-nasal et pharyngé est modéré, les complications broncho-pulmonaires peu intenses. L'incubation est de 2 à 3 semaines. Les prodromes ont une durée de 12 à 48 heures. L'éruption dure de 2 à 4 jours.

Il est remarquable que les épidémies de rougeole et de rubéole survenant à peu près vers les mêmes époques de l'année, la confusion devient presque impossible à éviter entre les deux maladies si l'on manque de points de repère.

Paul Raymond, en 1888, rapporte une petite épidémie qu'il a observée et qui répond assez bien aux remarques qui précèdent. Il vit 4 enfants âgés de 7, 6, 4 ans et le dernier de 15 mois. Deux ans auparavant, les trois aînés ont la rougeole d'une façon bénigne. En 1888, les mêmes enfants sont atteints à la même époque de l'année de rubéole, et cette fois les plus jeunes qui avaient été les plus gravement atteints par la rougeole, sont les moins malades de la rubéole. Voici les caractères distinctifs de cette rubéole. L'incubation dure de 15 à 20 jours comme nous l'avons dit et non de 10 jours au plus comme dans la rougeole. L'éruption se fait du premier au second jour. Débute par le visage, le front puis les membres supérieurs et le tronc sont envahis. Les taches sont les unes en petit nombre maculeuses, la plupart papuleuses du volume d'une tête d'épingle, rosées. Disparaissent par la pression, confluentes par places, polymorphes comme dessin. Au bout de vingt-quatre heures elles, disparaissent, il se fait une desquamation fine. L'enanthème buccal est caractérisé par de petites taches saillantes rouge sombre, irrégulièrement distribuées. Il y a de la tuméfaction des ganglions sous occipitaux et retro-auriculaires, des arthralgies; pas de catarrhe bronchique, pas d'albumine. La desquamation est très légère.

Voici d'autre part la relation d'une épidémie de rubéole, de rougeole éclatant en même temps. La scarlatine aussi fit son apparition au même

moment. L'observateur le docteur C. Haig Brown habite Chatterhouse. La rubéole et la rougeole attaquent un même groupe de personnes.

La rubéole présentait une incubation de 8 à 15 jours. La température la plus élevée observée fut de 40° 5, coïncidant avec le développement le plus complet de l'éruption. Dans 112 cas, il y avait injection de la conjonctive qui manquait dans 47.

Dans 103 cas sur 159, il y avait du catarrhe bucco-pharyngé; par contre 5 cas de bronchite seulement, pas de diarrhée. Dans 75 cas, de l'adénite cervicale postérieure. Dans 84 cas, le malaise était très appréciable.

L'éruption diffère de celle de la rougeole parce qu'elle est moins foncée, chaque tache a une aréole distincte avant leur coalescence, la poitrine est prise avant la face. L'invasion est rapide, de 1 à 2 jours seulement.

Dans un tiers des cas, il y a eu desquamation fine furfuracée sur le visage seul; dans 5 cas on a observé cette odeur spéciale à la rougeole que l'on constate si bien en pénétrant dans les services spéciaux de nos hôpitaux.

Cinq fois les malades accusèrent une rubéole antérieure. 144 fois ils avaient eu déjà la rougeole. 15 ne l'avaient pas, mais 14 la contractèrent bientôt. La rougeole dans cette épidémie éclata 12 jours après la rubéole et présenta 76 cas par séries tous les 15 jours. L'incubation était de 14 jours. La tem-

pérature maximum 40°. 59 fois il y avait conjonctivite. 51 fois du coryza. 3 fois de la diarrhée. 4 fois de l'adénite cervicale postérieure.

L'éruption se fait du troisième au quatrième jour. 52 fois il y a eu desquamation. 42 fois on note l'odeur de rougeole. Un seul cas avait été précédé d'une rougeole, 19 de rubéole dont 14 quelques semaines avant.

En 1884, le même auteur signale une épidémie de rubéole avec éruption scarlatiniforme.

Sans aller plus loin, nous pouvons fixer d'une façon schématique les caractères distinctifs des deux maladies.

Dans la rougeole, incubation de 10 à 15 jours. Invasion de 3 ou 4 jours. Eruption de 3 à 5 jours. Catarrhe presque constant. Complications pulmonaires fréquentes. Desquamation habituelle.

Dans la rubéole, incubation de 15 à 20 jours. Invasion de 1 à 2 jours. Eruption de 2 à 3 jours. Desquamation très légère. Adénite cervicale postérieure, arthralgies assez fréquentes.

Ces données toutes générales qu'elles soient pourront servir à distinguer les deux maladies.

D'après l'éruption, il sera plus difficile de se prononcer dans les cas limités où la confluence sera grande. Et en somme une roséole grave à côté d'une rougeole bénigne seront surtout distinguées par leur durée d'incubation et d'évolution.

Diagnostic des Roséoles

Il existe un certain nombre d'états toxi-infectieux qui prennent le masque de l'exanthème rougeoleux.

Le terme de roséole est d'ailleurs mauvais car il s'applique à des cas tout à fait différents, comme origine, n'ayant d'analogie que les éruptions.

Ces exanthèmes peuvent avoir une origine purement endogène, être le résultat d'une auto-intoxication et se produire sous l'influence de causes insignifiantes ; telles sont les poussées d'urticaire aigu, survenant chez certains individus chaque fois qu'ils mangent certains aliments ; chez d'autres à l'occasion d'un bain froid (Netter), chez d'autres sans raison apparente ; il serait à peine nécessaire de signaler ces cas qui se diagnostiquent facilement grâce à leur fugacité et aux démangeaisons qu'ils provoquent, si on n'avait signalé la coïncidence de rougeoles vraies et d'urticaire ; chez les individus sujets à ces poussées, l'infection morbilleuse peut exagérer cette tendance éruptive, et chez des enfants en bas âge peu capables de fournir des renseignements sur leurs sensations subjectives l'erreur est possible ; on se fondera surtout dans ces cas sur le caractère très éphémère de l'éruption pour écarter l'hypothèse de rechute.

D'autres cas peuvent être plus complexes encore. On connaît toute l'importance des intoxications

gastro-intestinales chez l'enfant; on sait combien d'affections elles peuvent simuler; elles peuvent donner lieu à des éruptions dont les caractères objectifs sont tout à fait ceux de la rougeole; ici point de démangeaisons et l'éruption peut durer quelque temps; il n'est pas jusqu'à l'apparition de la fièvre due à la résorption de produits toxiques, qui ne vienne compliquer la question. On ne saurait trop, par conséquent, s'entourer de toutes les précautions; de bien examiner l'état du tube digestif; de rechercher également parmi les substances alimentaires si rien ne saurait expliquer l'éruption. Les phénomènes cathariaux prémonitoires auront pour les récidives une valeur de premier ordre, mais pour les rechutes telles que nous les avons comprises d'après Meissner, Netter, Bucquoy, etc., cet élément manquera puisque ce n'est pas une nouvelle maladie qui passe par toutes les phases de son cycle normal mais bien une affection dont la marche régulière avait été interrompue et qui reprend plus tard son évolution.

Nous avons nous-même été, il y a quelques mois, en présence d'une difficulté de diagnostic qui n'est pas très fréquente; un enfant soigné pour une rougeole dont l'éruption avait été normale, fut pris d'accidents laryngés, qui prirent le caractère de diphtérie; en présence de ces faits, on injecta deux jours de suite 10 centimètres cubes du sérum de Roux; et l'on fut assez surpris de voir se produire

une éruption ayant tous les caractères de la rougeole. Le diagnostic resta un moment hésitant et on fut en droit de supposer une rechute de la rougeole, mais les injections de sérum une fois suspendues, l'éruption disparut rapidement.

Il est bon de connaître ces faits car il existe des séries de flacons de sérum qui causent fréquemment des accidents analogues; mais souvent aussi ils ne sont expliqués que par une prédisposition individuelle; il semble peu probable que ces éruptions soient dues aux très faibles quantités d'acide phénique contenues dans ces liquides médicamenteux et sont beaucoup plus probablement imputables à la matière organique elle-même.

Des accidents tout à fait comparables aux précédents sont dus à la vaccination; il nous revient à la mémoire un cas où l'erreur fut commise et l'enfant envoyé par erreur dans un pavillon de rougeoleux. Là l'erreur fut constatée, mais comme l'enfant avait fait un séjour de plusieurs heures dans le milieu contaminé, il fut gardé et présenta après une dizaine de jours, une rougeole normale; il est possible que des cas analogues en aient imposé si la première éruption n'a pas été rapportée à sa véritable cause. Nous avons vu un certain nombre de ces éruptions et bien que les ouvrages classiques signalent des caractères permettant de les distinguer de la rougeole, nous croyons qu'on peut dire que dans certains cas, l'aspect est identique; mais un

examen de l'enfant *tout nu* permet de voir les traces des papules vaccinales ; et en outre l'éruption paraît et disparaît en 24 ou 48 heures, sans *laisser* de traces sur la peau ni marbrures, ni desquamations.

Il nous reste à parler maintenant des érythèmes médicamenteux.

Nous signalerons d'après Barbier, les *roséoles quiniques et chloraliques* qui peuvent prêter à confusion, mais n'en ayant pour notre part pas encore vu, nous passerons tout de suite à l'*érythème copahivique*, qui lui, peut se diagnostiquer par ses seuls caractères objectifs ; les plaques plus étendues que dans la rougeole, sont d'un rouge plutôt voisin de l'éruption scarlatiniforme.

L'*iodure de potassium* est un médicament qui peut incontestablement donner lieu à des erreurs et en imposer pour des récidives, car non seulement il peut prendre le masque de la rougeole, mais encore il donne lieu à un catharre oculo-nasal qui simule fort bien la période d'invasion ; les malades qui en prennent, cherchent souvent à dissimuler la maladie qu'ils soignent et l'erreur peut se faire ; mais généralement l'éruption est limitée aux jambes, elle est prurigineuse et l'émanthème buccal est rare.

Il nous a été souvent donné de voir des éruptions dues à l'*antipyrine* ; la qualité de ce médicament ne semble pas indifférente à l'apparition de ces éruptions ; il semble également que la saison ait une influence

et que ces éruptions paraissent surtout au printemps et en automne; le caractère important est qu'elles se font brusquement, sans période d'invasion et sans fièvre; mais dans les agglomérations pendant une épidémie par exemple on a souvent tendance à juger les choses un peu superficiellement; on peut supposer que le catharre oculo-nasal a passé inaperçu et il est certain que des erreurs de cet ordre ont été commises. D'ailleurs on sait que la *chorée* éclate souvent après la rougeole; et l'on peut très bien prendre une éruption due à l'antypirine qui agit si bien sur la chlorée pour une rechute de la rougeole.

M. Comby dans sa réponse à MM. Chauffard et Lemoine, cite le cas d'un enfant qui passa de chirurgie dans son pavillon avec le diagnostic de rougeole; or il reconnut que l'éruption dont l'enfant était couvert provenait d'un *pansement iodoformé*; ce pansement fut remplacé par un autre et l'éruption disparut, mais comme l'enfant avait séjourné parmi les rougeoleux pendant un jour, il le garda; dix jours plus tard l'enfant avait la rougeole et prit une broncho-pneumonie dont il mourut. Voilà, certes, un cas où on aurait pu considérer la deuxième éruption comme une récidue. Des cas de ce genre ne sont pas absolument rares.

Nous terminerons en signalant la roséole syphilitique qui n'offre généralement pas de très grandes difficultés, d'abord son évolution : l'éruption progresse pendant environ huit jours, puis décroît;

elle paraît d'abord aux flancs et au ventre, et épargne généralement la figure, toujours les pieds et les mains.

La confusion est cependant possible avec une récurrence à forme anormale; la destinée ultérieure de l'affection viendrait d'ailleurs redresser l'erreur si elle avait été commise.

Les Rash

L'existence de rash est universellement reconnue à la période d'invasion des maladies éruptives. Le rash à forme morbillieuse, c'est à dire ressemblant à l'éruption de la rougeole, a donné lieu à des erreurs de diagnostic qui ont été redressées par suite de l'évolution normale de la maladie; mais elles ont pu par le passage de ces malades dans les salles, créer des cas de contagion qui auraient pu être évités. — Nous attirerons surtout l'attention sur les cas qui pourraient être pris pour une récurrence de rougeole. Le rash de la variole est le type de cette manifestation cutanée. Nous pensons qu'il est surtout fréquent dans la variole bénigne et peut même constituer à lui seul toute l'éruption comme le signalent Sydenham, Frank.

Il est formé de petites taches rouges arrondies ou en croissant inégales, confluentes en quelques régions. La localisation doit le faire rapporter à son origine véritable, il épargne en général la face, atteint le

tronc et les membres du côté de l'extension, son apparition au 2^{me} ou 5^{me} jour des symptômes généraux, son évolution rapide en 24 ou 48 heures, l'absence presque complète de catarrhes, sont ses caractères propres, il faut surtout rechercher s'il n'y a pas d'autres signes de variole, la rachialgie surtout.

Nous ne pouvons à ce propos nous empêcher de remarquer la grande analogie qui existe entre ce rash prévariolique et l'éruption passagère qui forme parfois le début de la rougeole ; dans plusieurs observations, en effet, nous notons ce fait que l'éruption apparaît, puis s'efface pendant un jour ou deux ; l'exanthème morbillieux se montre à nouveau avec son intensité normale. — Quelques auteurs disent dans ces cas qu'il y a rechute. — Nous pensons que c'est un rash suivi d'une éruption normale, le tout ne comptant que pour une seule manifestation de la rougeole.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des récidives et des rechutes de la rougeole est encore très obscure, les opinions les plus opposées sont journellement exposées par des auteurs de grande valeur.

Et cependant ces faits existant, nous devons essayer de les expliquer. Sans rien préjuger de la question, nous disons que pour une première catégorie de faits, la deuxième éruption se produit dans le mois qui suit l'infection première ; on pourra nous demander, il est vrai, dans quelle catégorie nous rangerons ce cas de Chauffard et Lemoine qui se produit 40 jours après la première éruption. Mais en médecine, aucune règle absolue ne saurait être formulée ; nous n'hésiterons pas à considérer ce cas comme une anomalie, mais qui, on en conviendra, n'est pas tellement grave qu'elle soit de nature à jeter le doute dans l'esprit.

Dans l'autre catégorie, au contraire, la deuxième éruption paraît des années après la première, qui presque toujours a eu lieu dans l'enfance, tandis que la deuxième se produit chez l'adulte.

On conviendra qu'entre ces deux types cliniques il y a des différences qui légitiment notre division.

Occupons-nous d'abord de la deuxième catégorie. Constatons d'abord que la rougeole fait partie de ces maladies qui ayant dès longtemps acquis droit de cité dans une région, y restent à l'état benin (Girode).

Elle a perdu sa violence très grande, qu'elle retrouve quand elle paraît dans des pays vierges de toute atteinte antérieure (Épidémies des îles Feroë 1846, des îles Fidji 1875).

Dans l'état actuel de nos connaissances, ce que nous savons de l'immunisation de l'individu vis à vis d'une maladie infectieuse par une première atteinte s'applique à la rougeole, en thèse générale.

Devons-nous attribuer cette immunité à ce que le passage d'une colonie microbienne de la rougeole suffirait à épuiser dans un organisme toutes les substances nécessaires à son existence, devons-nous faire intervenir la phagocytose, ou bien, ce qui semble plus conforme aux théories récentes ; l'imprégnation de l'organisme par ce microbe a-t-elle influencé les cellules de l'individu, de telle sorte que leur tendance à la défense contre l'envahisseur se continue après son départ, manifestée par une composition spéciale des humeurs qui deviennent bactéricides ; il serait prématuré d'adopter exclusivement une quelconque de ces théories.

Mais ce que nous savons c'est qu'une atteinte

antérieure, même légère, confère l'immunité, généralement pour toute l'existence ou tout au moins pour une période de temps très prolongée.

« Souvent l'état réfractaire aura été réalisé
« par une infection atypique, presque larvée
« passant même inaperçue, assez active cependant
« pour laisser une immunité durable (Girode) ».

Cette immunité s'établit cependant sans laisser autre trace appréciable à nos moyens d'investigation qu'un état particulier du sérum, qui dans certains cas, peut être employé lui-même à titre préventif.

« A de rares exception près, la rougeole, la
« fièvre typhoïde, les oreillons etc., guérissent et
« ne récidivent point. Dans la lutte que l'organisme
« a soutenue contre ces maladies, nos cellules, nos
« humeurs ont acquis de nouvelles propriétés; c'est
« ainsi qu'on peut voir les microbes eux-mêmes
« subir sous l'action d'influences physico-chimiques
« ou physiologiques, des modifications qui caracté-
« risent l'atténuation des virus. — Toutefois ce
« serait mal connaître l'énergie du mouvement
« nutritif que de considérer ces changements
« comme immuables. Les cellules organiques
« comme les bactéries tendent à reproduire dans les
« générations successives, le type ancestral dégagé
« des influences contingentes qui ont pu l'altérer
« temporairement. L'impulsion pathologique donnée
« à la nutrition par la maladie infectieuse tend de
« même à s'éteindre pour laisser reparaître les

« caractères organiques primitifs. Cette restitution
« anatomique et physiologique remplace la cellule
« vivante dans les mêmes conditions de réceptivité
« par rapport à l'envahissement des germes. Ainsi
« se trouve expliquée la récurrence de quelques mala-
« dies microbiennes », (Girode).

La réceptivité de l'organisme déjà immunisé, s'explique encore par d'autres causes contingentes. On sait d'ailleurs qu'au point de vue absolu, un organisme n'est pour ainsi dire jamais réfractaire à l'invasion d'une affection microbienne, et que telle espèce animale qui normalement jouit de l'immunité vis à vis d'une infection donnée peut cependant en être atteinte si on amène le sujet en expérience, à un état de démitration profond. Ce fait est intéressant à signaler également comme pouvant jouer un rôle adjuvant.

Donc les *récidives* de la rougeole comportent une explication plausible, d'accord avec les enseignements de la pathologie générale.

Cette deuxième atteinte pourra, sans d'ailleurs que ce soit la règle, être plus grave que la première; et ce fait s'explique précisément par l'influence des causes associées. Le fait que les individus qui ont échappé au contagion de la rougeole dans leur enfance ne l'attrapent généralement pas dans l'âge adulte prouve bien que l'organisme a moins de tendance à contracter la rougeole après complet développement que pendant l'enfance; les récurrences de rougeole

frappant des individus relevant d'une autre maladie, après une opération chirurgicale, atteignant des femmes enceintes pourront, étant donné l'état de l'organisme, prendre un caractère de gravité anormal et ouvrir la porte à de redoutables complications.

Abordons maintenant la catégorie des cas où la deuxième éruption a suivi de près la première.

Les auteurs souvent cités déjà, qui ont publié les derniers cas de la sorte, MM. Chauffard et Lemoine, prennent nettement parti dans le débat, et ils considèrent que tous leurs malades ont subi non une rechute mais une véritable récurrence; avec infection exogène nouvelle; ils adoptent la théorie soutenue par M. Guinon dans le traité de médecine, disent avec lui, que, « si le convalescent n'a acquis « qu'une immunité faible ou peu durable (et c'est « ainsi qu'intervient l'élément toujours si prépondérant du terrain individuel), il pourra se réinfecter et subir « la rechute ». Ils ajoutent à l'appui de leur dire qu'aucune de ces rougeoles initiales ou secondaires n'a été vraiment grave, encore moins maligne, compliquée ou anormale: « C'est là un fait important car il nous permet de supposer que la pathogénie de la rechute ne doit pas être recherchée

dans une virulence exaltée du microbe rubéolique. »

Avouons que nous ne sommes pas frappé par la valeur de cet argument. Prenons par exemple la fièvre typhoïde où les rechutes ont été très bien étudiées et sont actuellement admises de tout le monde et nous voyons que d'une part, pour ce qui a trait à la première atteinte, on ne saurait tirer comme conclusion : « La rechute survient-elle plutôt après les « formes bénignes ambulatoires même ou les « formes graves? Il semble que nulle *forme n'en est à l'abri* » (Brouardel et Thoinot).

D'autre part, nous lisons dans le manuel de médecine de MM. Debove et Achard que « on observe surtout la rechute à la suite de cas légers. » (Legry).

Quant à la gravité des rechutes nous nous contenterons également de citer des auteurs :

« La rechute a une durée moyenne de huit à « douze jours, elle se termine habituellement par la « guérison » (Dieulafoy).

« Dans l'immense majorité des cas, la terminaison se fait par la guérison, la bénignité des « rechutes est un fait bien connu ». (Legry, Manuel de médecine).

« La *terminaison* de la rechute est dans la très « grande majorité des cas la *guérison* ». (Brouardel et Thoinot).

Il ne semble pas qu'en présence de ces faits on puisse faire autre chose pour la rougeole dont les

récidives et les rechutes sont à peine connues que de la comparer à la fièvre typhoïde beaucoup mieux étudiées à ce sujet; et il nous semblerait au moins bizarre de tirer un argument servant à repousser l'hypothèse de rechute de ce fait que la première atteinte comme la deuxième ont été bénignes; fait qui est de règle pour les rechutes de la fièvre typhoïde.

Ce que nous savons des rechutes en général nous permet de dire qu'elles ne se produisent pas de préférence dans des cas où la virulence exagérée s'est manifestée par des symptômes cliniques alarmants.

Pour qu'il y ait rechute, nous dirons avec M. Hutinel « qu'il faut que la *convalescence* ait « *commencé*, c'est à dire que la température ait « oscillé, matin et soir pendant au moins deux « jours aux environs de 37° ».

On nous objectera peut-être que la période intercalaire est généralement plus longue entre les deux manifestations pour la rougeole que pour la fièvre typhoïde, mais l'ignorance où nous sommes de l'agent causal de la rougeole nous permet fort bien de supposer qu'il peut conserver dans l'organisme une virulence atténuée pendant une période pouvant même dépasser un mois, et s'exalter à l'occasion d'une cause intercurrente; et nous tirerons précisément un argument de la bénignité de la première atteinte en faisant remarquer que

c'est dans ces cas précisément qu'on doit considérer que la virulence ne s'est pas complètement atténuée par une évolution complète.

Et, d'ailleurs, comment accommoder les conceptions actuelles de l'immunité avec une autre théorie; ce serait nier la possibilité de l'immunisation d'un individu par l'invasion de cet individu par une forme atténuée de cette maladie. Ce serait oublier ce que l'expérience nous démontre tous les jours, quand nous voyons que l'injection de sérum inoffensifs, qui ne traduisent leur présence dans l'organisme que par des désordres insignifiants, suffisent pour écarter la contagion des maladies les plus virulentes. Et une atteinte de rougeole typique ne serait pas suffisante pour immuniser un individu de cette maladie bénigne pendant un mois! Le fait serait vraiment bien déconcertant.

Qu'il nous soit permis d'ailleurs de citer à l'appui de notre théorie la haute autorité de M. Bucquoy, qui a récemment soutenu la doctrine des rechutes de la rougeole.

En résumé, on voit que, selon nous, il y a lieu de distinguer pour la rougeole comme pour la fièvre typhoïde, de rechutes, survenant peu de temps après la première atteinte, résultant de l'exagération de la virulence du germe un moment atténué, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une

nouvelle infection; et, d'autre part, les rechutes survenant beaucoup plus tard et résultant, elles, d'une nouvelle infection dans un organisme chez lequel l'immunité a disparu.

Quant à la possibilité de recrudescences, nous n'avons fait que l'entrevoir; elles sont dans tous les cas fort rares.

CONCLUSIONS

I. Il existe dans la rougeole des rechutes et des récidives.

II. Les rechutes surviennent dans une période qui s'étend de quelques jours à un mois après la disparition de la première éruption.

III. Ces rechutes, comme leur nom l'indique, se produisent sans qu'il y ait une nouvelle infection *exogène* et résultent de l'exagération du virus rougeoleux un moment atténué.

IV. Des récidives se produisent également. Le même individu peut subir deux et trois fois l'infection morbillieuse.

V. La première atteinte ne peut pas faire prévoir quelle sera la gravité des suivantes.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
LABOULBÈNE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- SYDENHAM. — Opera Omnia 1705, p. 158 et 195. Genève, 1769.
- BORSIERI. — Inst. med. pract. tenetiis, T. III, p. 104, 1817.
- GUERSANT et BLACHE. — Dict. de médecine, T. XXVII, p. 656.
- TROUSSEAU. — Quelques mots sur la rougeole, in *Journ. de méd.*, T. I, 1843.
- RAYER. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, T. I., Paris 1835.
- HEIM. — Hufelands Journal, n° de mars 1812.
- BOUDIN. — Recherches sur les complications qui accompagnent la rougeole chez l'enfant. Thèse de Paris, 1835, n° 91.
- DUBOSQ DE LA ROBERDIÈRE. — Journal de méd., T. XLVIII, p. 253.
- CAZENAVE. — Journ. hebdom., T. IV, p. 301.
- MOORE. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, nov. 1839. p. 212.
- WILLAN. — Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris, 1832.

- RUFZ. — Note sur les principales complications de la rougeole. (Journ. des connaissances médico-chirurgicales). Février 1836.
- PANUM. — Beobachtungen über das Maserncontagium (Virch. Reinhardts, arch. für pathol. anat.) I, 1848.
- TROJANOWSKI. — Dorpater Zeitschrift, 1871.
- THOMAS. — Art Masern (in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie 1874-76), T. II, 2^e partie.
- BEZ. — De la contemporanéité des fièvres éruptives. Thèse de Paris, 1877.
- MALMSTEN. — V. H. Jh. br. 1869. II. p. 246.
- SEIDL. — Œst. medic. J. br. 1843, T. XLV, p. 263.
- STILLING. — Arch. d. V. S. Wissench. Heilkunde 1866, II, p. 139.
- MEISSNER. — Forsch d. Kinderkrankh., 19 Jahrh. 3 et 6 part.
- STEINER. — Compend. der Kinderkrankh., 1872.
- WUNDERLICH. — Eingewärme in Kranken, 2^e éd., Liepzig, 1870.
- STIEBEL. — Schmidts, Jahrb. 94, p. 72.
- BRESSELER. — Constatts Jahresbericht 1841, p. 58.
- KASSOWITZ. — H. f. Khkde N. F. VI, p. 165.
- SPIESS. — Frankf. Jahresber für 1867, XI, p. 40.
- ROSENSTEIN. — Traité de pathologie, 6^e éd., 1798.
- V. GUTTCEIT. — 30 Jahre Praxis, I. p. 248.
- VALLEIX. — Guide de médecine pratique, T. V, p. 373, 2^e éd., Paris 1851.
- VAN DIEREN. — Ann. de la Soc. méd. d'Anvers et Bull. gén. de thérap, sept. 1848.
- GRISOLLE. — Traité de Pat. Int., 9^e éd., Paris 1879.
- SANNÉ. — Art. rougeole du dictionn. encycl. des sciences méd. S. VI, T. V, p. 409, 1877.

- A. d'ESPINE. — Art. rougeole du dictionn. de méd. et chir. pratique, T. XXXIX, p. 9.
- Ed. HENOCH. — Leç. clin. sur les mal. des enfants, trad. Hendrix, Paris 1885.
- BOHN. — Art. Masern in Gerbardts Handb. der Kindkhten, T. II, p. 318, Tribugen 1877.
- Compendium de méd. pratique, T. VII, p. 408.
- DUMAS. — Des récidives de la rougeole, Montpellier méd., p. 405, mai 1881.
- AGER. — Boston med. and any journ., 24 fév. 1881.
- BYRNE. — Brit. med. journ., p. 1031, déc. 1881.
- G. FINLAYSON. — Glasgow med. journ., p. 168, 1889.
- W. B. CHEADLE. — Arch. of dern atology, juillet 1882.
- COMBY. — Journ. de méd. de Paris, 30 janvier 1887.
- WOLBERG. — Berlin clin. Wochschr., 13 déc. 1886.
- KAMM. — Breslauer Intell. Bl., 26 fév. 1889.
- MORELL-LAVALLÉE. — Rougeole épidémique, Gazette des Hôpitaux, 1889.
- Charles LEUZET. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, p. 1, janvier 1889.
- GASSOT. — Gazette des hôpitaux, p. 986, 1874.
- HEUNIG. — Jahrb. für Kinderheilk, VIII jahr, p. 41, 4 sept. 1875.
- PRUNAC. — Gazette des hôpitaux, 1875.
- Dr C. HAIG-BROWN. — Brit. med. journ., 16 avril 1887.
- Paul RAYMOND. — Revue des maladies de l'enfance, p. 112, 1888.
- SÉNATOR. — Charité annalen, 1889, T. XIV, p. 334.
- STRENG. — Dens. med. Wochenschr, 1892, p. 1085.
- THE BACILLUS OF MEASLES. — Brit. M. Z., London 1892.
- J. COMBY. — La rougeole. Méd. mod. 1892, T. VI, 397-400.

JOSAS. — Bulet. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1892, 8^e série, T. IX, p. 374-376.

LEFLAIVE. — Gazette des Hôpitaux, 1891, p. 9-15.

SEVESTRE. — Prog. méd., 1891, 2 s. T. I, p. 32.

L. BARD. — Rev. d'hygiène, 1801, p. 394-421.

CZAJKOWSKI. — J. de clin. et thérap. infant., 1896, n° 48, 26 novembre.

A. GIOVANARDI. — Ressegna di sc. med., Modena 1891, T. VI, 213.

MORETTI. — Raccoglitori med. Forli 1891, 5^e série, 457-463.

P. SIMON. — Rev. méd. de l'Est, Nancy 1891, T. XIII, 481-484.

M. LEB. — Jahrb. für Kinderheil, Leipz. 1889-90, n° F. XXX, 293-297.

SEVESTRE. — Bulletin soc. méd. hopta, 1890, 3^e série, VII, 376-379.

H. BARBIER. — La rougeole, Paris 1894, Rueff.

J. HUDSON. — Recurrent measles. N. Seuland M. J. Dronedin, 1894, VII, p. 14.

G. DUKES. — J. de clin. et de thérap. infant, 1894, II, 351-353.

ACTUALITÉ MÉDICALE, Paris 1894, 97-104, n° VI.

G. COULON. — Méd. Infant., Paris 1894, L, 457-459.

EONNET (d'Auray). — Gaz. hebd. de med. et de clin., 1896.

CHAUFFARD et LEMOINE. — Bull. de la soc. méd. des hôpitaux, 28 décembre 1865 et janvier 1896.

L. GUINON. — Traité de médecine, Paris 1892, T. II, p. 94.

J. GIRODE. — In Traité de médecine et de thérapeutique, Paris 1895, T. I., p. 3-72.

H. BARBIER. — In Manuel de Médecine, T. VIII.

